

BUGARSZKI ZSOLT

A mentális problémák felépülés alapú megközelítése

Az angol nyelvterületen Recovery model (Felépülés modell) néven ismert, és az utóbbi két évtizedben széles körben elterjedt kifejezés a mentális problémák értelmezésének és kezelésének egy új megközelítésére utal. A cikk összefoglalót nyújt a felépülés modell főbb jellemzőiről, valamint kitér arra is, hogy milyen tényezők akadályozzák a magyarországi elterjedését, a mentális problémákról való szakmai és közgondolkodás átalakítását.

Az alábbiakban arra teszek kísérletet, hogy a hazai szakmai közönség számára is érthetővé tegyem az utóbbi években gyakran emlegetett felépülés modell főbb jellemzőit, valamint kitérek arra is, hogy véleményem szerint ez a megközelítés miképp gyakorolhat hatást a hazai ellátórendszerre, illetve a mentális problémákról való közgondolkodásra is.

A szakirodalmi kitekintés mellett számos egyéb forrásra is támaszkodom. Egy három éve zajló egyetemi csereprogram keretében Ausztráliában, a Sydney Egyetemen alkalmam nyílt közelebbről is megismerkedni a modell ausztrál és új-zélandi elemeivel. Emellett e tanulmány megírásához sok segítséget nyújtott Mike Slade, a londoni King's College kutatója és David Blazey, a South London and Maudsley NHS Foundation Trust munkatársa, a modell angliai fejleményeinek megismerésében.

A témához kapcsolódik továbbá, hogy az ELTE Társadalomtudományi Karán a közösségi alapú szolgáltatások hatótényezőit vizsgáló nemzetközi kutatás zajlik két hollandiai és egy észt egyetemi partner részvételével. A kutatás alapvetően azt vizsgálja, hogy a nevükben közösségi alapú szolgáltatások valójában milyen módon járulnak hozzá a mentális problémában érintett emberek társadalmi integrációjához. A holland koordinálással zajló kutatás egyik legfontosabb értelmezési keretét a felépülés modell adja.

Jelen tanulmány keretei között tehát ennek a napjainkban egyre nagyobb figyelmet kapó modellnek a mibenlétét és történetét szeretném több forrásból táplálkozva körbejárni, nem utolsósorban azzal a céllal, hogy azt a hazai szakmai közönség számára is el tudjuk helyezni egy szélesebb kontextusban.

A felépülés modell története

A felépülés modell egy olyan megközelítés, amelynek alapjául az érintettek saját élményei és öndefiníciói szolgálnak, amelyek a mentális problémákból való felépülést a személyes élettörténetbe ágyazva attól elválaszthatatlan útként, folyamatként ragadják meg. A felépülés ebben az értelemben messze nem egyenlő egy jól körülhatárolt tünetegyüttes (betegség) kezelésére alkalmazott terápiával, módszerrel (gyógyítás), vagy annak eredményével (gyógyulás).

A modell számomra talán leginkább figyelemreméltó vonása az, hogy az objektív, vagy objektívnek tekintet értelmezési keretek (pl. klinikai értelmezés) helyett a mentális problémákat és az azokkal való megküzdést egyéni narratívák által leírható keretbe helyezi, amelyek különböző kontextusokban nagyon különbözőek lehetnek.

A kifejezéssel először a nyolcvanas években találkozhattunk, és a megközelítés gyökerei egyértelműen a felhasználói mozgalmakhoz köthetők. (Deegan, 1988, Leete, 1989) A koncepció olyan emberek személyes beszámolóin alapján kezdett formát ölteni, akik maguk sikerrel épültek fel mentális problémáikból. Az ilyen beszámolók megjelenése és azok előtérbe kerülése közvetlen eredménye volt annak az akkorra már több mint két évtizede zajló folyamatnak, amikor a különböző emberi jogi mozgalmak és az intézménytelenítés folyamata fokozatosan láthatóvá tették a korábban nagy, zárt intézmények és elmebetegek falai közé szorított embereket, és az általuk megélt mentális problémák jelenségét is.

A nagy pszichiátriai intézmények fénykora a 19. századra tehető. Egy olyan korbá, amikor jellemzően hatalmas szakadék volt ezeknek az intézményeknek a lakói és személyzete között, kommunikációs készségekben, a verbális és írott kultúra eszközeihez való hozzáférésben és mindenekelőtt az intézményrendszer hatalmi viszonyaiban. Néha, egy-egy performanszon vagy szépirodalmi értékkel bíró alkotáson keresztül tehetséges szakemberek közvetítésével kaphatott képet a nagyközönség a mentális problémák természetéről. Ilyenek voltak Jean Martin Charcot népszerű hipnózis performanszai, a 19. század végi párizsi szalonokban (Goetz, 2006), vagy a magyar Csáth Géza könyvei a XX. század elején.

A klinikai beszámolókon kívül alig találkozunk olyan leírásokkal, amelyek az érintettek saját beszámolóin alapultak. Az intézményrendszer léte a szakemberek által teremtett narratívákon alapult, amelyek mellett semmilyen más, ezektől eltérő narratíva nem érvényesülhetett.

A nagy elmeegógyintézetek felszámolásával, az érintettek megjelenésével a közösségben, általában az iskolázottsági szint emelkedésével vagy a kommunikációs technológiák fejlődésével és az ezekhez való hozzáférés lehetőségével azonban fokozatosan megjelentek azok a saját élményen alapuló beszámolók, leírások, műalkotások és szakmai tanulmányok, amelyek mára az egész jelenség és az ahhoz való viszony átalakulását vetítik előre.

A hagyományos klinikai leírások sok érintett számára a megváltoztathatatlanság üzenetét közvetítve, egy életen át viselt és annak minden mozzanatát felülíró problémaként határozták meg a mentális problémákat.

Ennek a máig élő klinikai hagyománynak mond ellent a felépülés modell. Ebben a jellemzően negatív, a defektusokat, tüneteket leíró kraepelini koncepciót felváltja egy reményteljes, az életet, akár a meglévő problémák ellenére is jelentéssel megtöltő, új, a klinikai és jóléti rendszerek által kínált besorolásokon túlmutató identitásokat kereső emberkép.

Az identitás kérdése szinte automatikusan kötötte azután össze a megközelítést a társadalomtudományok terén központi témának számító társas és társadalmi viszonyokkal, az integráció, a befogadás és az én-értelmezés, sőt, a spiritualitás nem pusztán pszichológiai, hanem szociológiai aspektusaival.

Ez az egyéni útkeresés, amelyet egyre markánsabb megfogalmazásban találunk meg a felhasználói mozgalmak üzeneteiben, sok tekintetben illeszkedett azokhoz a reformpróbálkozásokhoz, amelyek a hatvanas években a terület progresszív szakmai köreit is jellemezték. Tehát miközben a felépülés modell egyértelműen a felhasználói mozgalmakhoz köthető, gyors elterjedése annak is köszönhető, hogy szakmai körökben is hasonló irányú mozgásokat figyelhettünk meg a korábbi évtizedekben.

Jean-Pierre Wilken a téma elismert holland kutatója egy kétirányú (szakmai és felhasználói), egymást kiegészítő folyamatról beszél a felépülés modell kapcsán. Azok a törekvések melyek mentén a nagy, zárt intézményeket fokozatosan felszámolták, ahogy elterjedtek a közösségi-alapú pszicho-szociális szolgáltatások, és amelyek mentén átfogalmazódott a mentális problémával élő emberek és az őket támogató szakemberek szerepe, sok hasonló vonást mutat a felépülés modell felhasználói mozgalmak által képviselt törekvéseivel. (Wilken, 2012)

A felépülés modell szakmai és felhasználói értelmezése

A szakmai interpretációk közül a máig talán leggyakrabban idézett definíció Willam A. Anthony tollából származik, aki a megközelítést a következőképpen foglalta össze:

„Egy mentális problémában érintett ember képes felépülni annak ellenére is, hogy betegségéből nem gyógyul fel. A felépülés az a folyamat, melynek során kielégítő, reményteljes és odaadó élete lehet valakinek, annak ellenére, hogy meglévő problémái gátat szabnak ennek. A felépülés az a folyamat, ami a mentális problémák katasztrofális hatásain túl is képes új értelemmel megtölteni valaki életét.” (Anthony, 1993)

Szakemberek számára a megközelítés igazi változást abban jelent, hogy a hagyományos klinikai megközelítések elsősorban a különböző tünetek alapján ragadják meg magát a problémát (a diagnózisok különböző tünetek együttes meglete esetén állnak elő). Ennek megfelelően a kezelés is ezeknek a tüneteknek a felszámolására vagy legalábbis visszaszorítására szorítkozik.

Ezzel szemben a felépülés modell sokkal szélesebb spektrumon próbálja megragadni az érintettek életét, az önbizalom, az identitás, a közösségben betöltött szerepek visszaállításának, helyreállításának lehetőségét keresve, akár a tünetek jelenlétének változatlansága mellett.

Más szakemberek kritikusabban viszonyulnak a modell jelentőségéhez. A felépülés modelljét a folyamatosan erodálódó szakmai hívószavak és „divatos” irányzatok egymást váltó hullámaiban egy olyan aktuális megközelítésnek tartják, mint amely a korábbi pszicho-szociális modellekhez képest sok újat ugyan nem mond, de éppen a nyelvi, fogalmi újraszakrologálásnak köszönhetően újabb lendületet ad a korábban esetleg elakadt reformmozgalmaknak. (Braslow, 2013)

A felhasználói mozgalmak képviselőinek tollából, szájából ugyanakkor gyakran megfogalmazódik az a nem minden kritika nélküli vélemény, hogy itt egy alapvetően felhasználói megközelítést magához ölelt, magáévá tett a professzionális segítők szakmai világa, ami egyrészt komoly elismerése ugyan az eltelt évtizedek felhasználói törekvéseinek, másrészt azonban óhatatlanul a megközelítés és a mozgalom egyfajta „kolonizációjával” jár. (Braiterman, 2012)

A szakmai megközelítésekhez képest a felhasználói mozgalmak ugyanis éles különbséget tesznek a felépülés modell és a pszicho-szociális rehabilitáció között. Ez utóbbi ugyanis elsősorban azokra a szakmai beavatkozásokra, szolgáltatásokra koncentrál, amelyek együttes alkalmazásával lehetővé válik a sikeres rehabilitáció. (Cook és mtsa, 1996) Ezek a szolgáltatások rendszerint kombinálják a különböző biológiai gyógyszeres beavatkozásokat az olyan szociális és edukatív megközelítésekkel, mint a készségfejlesztő tréningek vagy a pszichoterápiás és szociális támogatás nyújtása, és ezektől várják az érintettek életminőségének és visszailleszkedési lehetőségeinek a javulását.

A felépülés modell felhasználói értelmezése ezzel szemben nem kapcsolódik össze semmilyen specifikus professzionális szolgáltatással. Sokkal inkább a megélt egyéni tapasztalatokból indul ki, és a felépülés zálogaként, az ahhoz vezető útként egy, a klinikai és szakmai világ által nyújtott értelmezésekhez és az azokból levezetett cselekvési lehetőségekhez képest jóval szélesebb mezőben gondolkodik. Ennyiben észre kell vennünk, hogy itt nem csupán a felhasználói mozgalmakból kiinduló, hagyományos pszichiátria iránti kritika fogalmazódik meg. A felépülés modell sok tekintetben meghaladja, túllépi a korszerűnek tekintett közösségi-alapú szolgáltatások ma ismert kereteit is.

A felépülés modell felhasználóinak megfogalmazásában az egyik úttörőnek tartott Patricia Deegan a következőképpen definiálja a megközelítést:

„A felépülés egy folyamat, egy életmód, attitűd, annak a módja, ahogy a mindennapok kihívásaihoz közelítünk. Ez nem egy egyenes irányú tökéletes út. Alkalmanként elbukunk ezen az úton, visszazuhanunk, majd újra összeszedjük magunkat és újrakezdjük. A felépülés annak a folyamatos igénye, hogy legyőzzük a saját fogyatékosságunk jelentette kihívásokat, hogy újjáépítsük saját integritásunkat és értelmet adjunk életünknek a fogyatékosságunk jelentette gátak között is. A felépülés az inspiráció az életre, a munkára, a szeretetre és szerelemre egy olyan közösségben, melyhez mi magunk is hozzájárulhatunk.” (Deegan, 1988)

Ha összevetjük a két megfogalmazást, akkor nem elsősorban tartalmi, hanem kommunikációs különbséget látunk. Véleményem szerint ennek jelentősége nagyobb, mint ahogy azt elsőre gondolnánk.

Két, valóban markánsan eltérő világról van szó. A szakmai kommunikáció fő eszközei a tudományos közlések, szakkönyvek, folyóirat cikkek, a szakmai konferenciák előadásai, vagy a formális oktatási rendszerek, elsősorban egyetemek és továbbképzések képzési anyagai.

Miközben a szakmai megközelítés a klinikai hagyományokhoz közelebb álló, általánosító, távolító nyelven fogalmazza meg a jelenséget, addig a felhasználók által közvetített értelmezés mindvégig megmarad egy egyéni, személyes hangvételű szinten.

Ez azonban nem pusztán szemantikai különbség. A felépülés modell nem minden tudatosság nélkül szakít a hagyományos kommunikációs formákkal. A megközelítés leginkább ismert és inspiráló felhasználói múlttal bíró szereplői, kevés kivételtől eltekintve, jellemzően nem tudományos szakfolyóiratok közlései formájában fogalmazzák meg mondanivalójukat – áldozva ezzel a természettudományok tárgyiasító világát példának tekintő tudományosság oltárán is –, hanem annak kimondott-ki-mondatlan kritikájaként, és megnyilvánulásaiikkal inkább szépirodalmi, művészeti keretek között, az emberi jogi mozgalmak mozgósító, olykor akár militáns nyelvén, vagy napjainkban a modern, közösségi média csatornáin találkozhatunk.

Ilyennek tekinthető például a Mad in America weboldal (www.madinamerica.com), amely mára a megközelítések személyes, nem ritkán szenvedélyes hangvételű szócsovévé nőtte ki magát.

A felületes szemlélő számára ez tűnhet egyfajta igénytelenségnek, kidolgozatlanságnak, a koncepció és főleg az empirikus háttér hiányának, ám érdemes észrevenni, hogy a megközelítés úgy szól az integrációról és a társadalmi beilleszkedés, visszailleszkedés lehetőségeiről, hogy ehhez nem kívánja a jellemzően távolító, általánosító, és tárgyiasító tudományos közlések fogalmi készletét, nyelvi megoldásait és kommunikációs csatornáit használni.

A felépülés modell tudományos vizsgálatának nehézségei

A fent említett, sajátos kommunikációs helyzet komoly gondot okoz a téma tudományos igényű feldolgozása terén is. E sorok szerzője jelen tanulmány keretei között is küzd azzal a problémával, hogy a tudományos közlések nyelvén kell megfogalmaznia egy olyan megközelítést, amely tudatosan igyekszik meghaladni ennek a nyelvnek a korlátait és hátulütőit, és amelyben sok szereplő tudatosan kerüli az akadémikus tudomány elfogadott közlési formáit.

A British Journal of Psychiatry hasábjain 2011-ben publikált tanulmányukban Mary Leamy és munkatársai arra tettek kísérletet, hogy különböző, megjelent publikációk és kutatási eredmények összevetésével ragadják meg a személyes felépülés konceptuális kereteit. (Leamy et al., 2011)

A tanulmány szerzői arra hívják fel a figyelmet, hogy bár számos olyan közlést találtak, amelyben magasabb szinten vonták be a felhasználókat, ennek egyik következménye azonban az, hogy ebben a dimenzióban jóval kevesebb a szigorú szempontok szerint beválogatható tanulmányt

találtak. (Leamy et al., 2011) Magyarán szólva éppen az a dimenzió esett a közlés szerzőinek vakfoltjára, amelyet leginkább vizsgálni szerettek volna.

A probléma gyökerét abban látják, hogy a jelenleg dominánsnak tekintett tudományos paradigmák összevont, csoportokra érvényes, általánosítható adatokkal dolgoznak (nomothetic knowledge), míg a felépülés modell lényege éppen abban áll, hogy az individuális élményeknek és egyéni jelentéseknek ad nagyobb hangsúlyt (idiographic knowledge). (Leamy et al., 2011)

Ehhez kapcsolódó, további probléma, hogy míg a hagyományos medikális tünettanból kiinduló vizsgálatok megengedik, megengedhetik maguknak, hogy univerzális, globálisan érvényes jelentést tulajdonítsanak egy-egy megállapításuknak, a felépülés modell keretei között különösen erősen jelennek meg a kulturális, etnikai, földrajzi különbségek, vagy éppen a társadalmi, történelmi kontextus eltérései. Példának említik egyebek közt, hogy az amerikai kultúrában a modell szempontjából kulcsfontosságú identitás kérdése elsősorban egy individuális fogalom, míg más kultúrkörökben az identitás sokkal inkább kollektív karakterrel bír. (Leamy et al., 2011)

Megoldásként olyan további kutatásokat javasolnak a szerzők, amelyek egy ökológiai keretben vizsgálják a jelenséget, amely egyszerre foglalja magában az egyéni értelmezéseket, a kulturális, környezeti tényezőket és a kettő interakcióját. (Leamy et al., 2011) (Onken és mtsai, 2007)

Érdekes azonban felhívni a figyelmet arra, hogy ez a kommunikációs különállás nem példa nélküli a szakmai, klinikai világon belül sem. Komoly szépirodalmi gyökerei és hagyományai vannak például a témához köthető pszichoanalitikus irodalomnak, a szociológia területén sokszor érdemtelenül háttérbe szorított szociográfiának, és a napjainkban egyre népszerűbb, a két előbb említett területből sokat merítő, narratív megközelítéseknek.

A téma szakmai igényű feldolgozása során elsősorban azok a próbálkozások tekinthetők kiemelkedőnek, amelyek megpróbálják ezt a kommunikációs, kulturális különbséget megragadni, és elsősorban kvalitatív módszerekkel próbálnak képet kapni a jelenségről.

Ilyen átfogó munkának tekinthető az Utrechti Alkalmazott Tudományok Egyetemének szociális innovációval foglalkozó kutatóintézeténél lebonyolított, ötéves vizsgálat. Az elsősorban holland adatokra épülő kutatás arra tett kísérletet, hogy az érintettek egyéni narratíváiból rekonstruálja a szakemberek által nyújtott professzionális szolgáltatásokat, illetve igénybe vevők megítélését ezekről a szolgáltatásokról. A vizsgálat explicit módon használja a felépülés modell értelmezési keretét, és klinikai eredmények, pszichológiai vagy szociológiai jellegű kvantitatív eszközök helyett az érintettek egyéni narratívái alapján igyekszik azonosítani az eredményes szolgáltatások hatótényezőit. (Wilken, 2010)

A felépülés modell mibenlétét, üzeneteit és emberképét sokkal inkább megérthetjük, ha közvetlenül olvassuk, látjuk, hallgatjuk a megközelítés képviselőinek írásait, munkáit. Kifejezetten figyelemre méltó, és a maga szélsőségességében sok mindent megmagyaráz az Új-Zélandi felhasználói mozgalmak által szervezett kampányok sorozata, ahol a meleg és leszbikus közösségek demonstrációihoz hasonlóan „Mad pride” néven

szerveznek akciókat, ezzel nemcsak tudatosan vállalva „bolond” státusukat, hanem egyúttal megkísérelve, hogy a medikális, klinikai világon túli, új jelentést adjanak a jelenségnek. (Mad Pride <http://www.keepwell.com.au/madpride/>)

A témával foglalkozó brit kutató, Mike Slade egyik, nemrégiben megjelent könyvében a jelenséget úgy interpretálja, mint a klinikai modellek által nyújtott értelmezési keretek egyértelmű meghaladását, új keretek létrehozását, amelyekben már egyáltalán nem magától értetődő a biomedikális paradigmák és az arra épülő narratívák objektivitása, és ebből fakadóan azok érvényessége. Ezzel viszont azok kötelező univerzális alkalmazása is megkérdőjeleződik.

A posztmodern szociológia vagy a pszichiátriai antropológia eredményeire hivatkozva Slade arra hívja fel a figyelmet, hogy a napjainkban még főáramnak tekinthető biomedikális pszichiátriai paradigma a 19. századi modernitás és az az által kikényszerített normalitás terméke, amely egyre gyakrabban kérdőjeleződik meg a szubkultúrákra szabdalt, uralkodó, egyértelmű többségi normák nélküli világban. (Slade, 2009)

Mindezzel együtt fontos hangsúlyozni, hogy a felépülés modell nem jelenti a mentális problémák jelentette nehézségek tagadását, és még kevésbé jelenti mondjuk a pszichotikus állapotok és egyéb, zavaró jelenségek egyfajta naiv idealizálását és elfogadhatóságát. (Slade, 2009)

A pszichiátriai antropológia például fontosnak tartja leszögezni, hogy nincs a földön olyan kultúra, mely képes lenne tolerálni például egy akut pszichózis zabolátlan jelenlétét a közösségben, ugyanakkor kultúránként nagyon változó ennek a jelenségnek az értelmezése és az arra adott reakció. (Jenkins, 2007)

Tulajdonképpen ezt a felismerést viszi tovább a felépülés modell, a modern társadalmak viszonyai közé, egyértelműen megkérdőjelezve az uralkodó klinikai megközelítések mindenhatóságát. A megközelítés az objektívizáló szakmai-klinikai értelmezések, és kategorizáció helyett az egyéni narratívák érvényesülését helyezi előtérbe.

A felépülés modell hatása az ellátottak ellátórendszeren belüli szerepére

Azokon a helyeken, ahol a felépülés modell hatást tudott gyakorolni az ellátórendszerre, ott alapjában alakítja át napjaink szociális és egészségügyi szolgáltatási modelljeit a mentális problémák kezelése terén.

Itt is egy lassú folyamat tanúi lehetünk. A hagyományos klinikai modellben a probléma definiálása, az annak kezelésére választott módszerek és az egész folyamatot körülvevő (nyelvi és fizikai) kontextus kialakítása kérdőjelek nélkül a szakemberek kezében van. A „klinikai” kifejezést általában a kórházi ellátás vagy az egészségügyi járóbeteg-ellátás, esetleg még a szakorvosi és szakpszichológiai magánrendelések viszonyaira szoktuk leginkább használni, azonban ennek a modellnek a saját keretein túli világra is nagy befolyása van.

A jóléti rendszerek, pénzbeli ellátások, a szociális szolgáltatások igénybevételeinek alapját és viszonyítási rendszerét szintén a klinikai

világból érkező diagnosztikus kategóriák és az azokat körülvevő szakmai narratívák határozzák meg. Hasonló módon ez képezi alapját az érintettek jogállásának, hivatalos társadalmi státusának. A jogi cselekvőképesség meghatározása, az olyan kérdések eldöntése, mint a választójog vagy gondnokság alá helyezés szintén a klinikumból érkező szakértői vélemények alapján, azokra támaszkodva születik. Statisztikai adatok, epidemiológiai vizsgálatok is a biomedikális paradigma keretei között ragadják meg a jelenséget és nyújtanak számszerű fogódzót szakpolitikai tervezésekhez, kutatásokhoz.

Ennek következménye pedig az, hogy miközben a mentális problémák tünetei, illetve az azok által okozott problémák az egyén komplexitásának még akkor is csak egy szeletét jelentik, ha nagyon súlyos problémákról van szó, a klinikai leírások és klasszifikációk nem pusztán az élet egy szűk szegmensére terjednek ki, hanem gyakorlatilag megkérdőjelezhetetlenül átveszik a teljes identitás alakítását. Pontosabban: nem engednek teret, vagy csak nagyon szűk mozgástérrel engednek teret a klinikaihoz képest eltérő identitások érvényesülésének.

Az érintettek viszonyát ehhez a kívülről kapott én-narratívához kezdetben a *compliance* kifejezéssel írták le. Az ötvenes évektől előszeretettel használt kifejezés a betegek szakszeméllyel való együttműködési készségére utal, a betegségtudat, a betegségbelátás és annak alapján a felkínált kezelési módok elfogadására. Később a *compliance* helyét átvette a *concordance*, amely már egy felek közötti megállapodásra utal, a kezelés pusztá elrendelése helyett. A nyolcvanas években elterjedt kifejezés az orvos-beteg kapcsolat fokozatos átalakulására utalt, és a korábbinál jóval egyenlőbb kapcsolatot feltételezve, közös erőfeszítések sorozataként írva le a kezelést. (Fraser, 2010)

A felépülés modell nézőpontjából tekintve mindkét megközelítés meghaladottnak számít. A *compliance* tulajdonképpen a területen évszázados múltra visszatekintő tekintélyelvű orvoslás betegekkel szembeni elvárását jeleníti meg, és a korszak viszonyait ismerve sok mindent megérthetünk a felhasználói mozgalmak olykor akár militáns attitűdjéből és szakemberekkel szemben táplált, alapvető bizalmatlanságából.

A *concordance* kifejezés már egy együttműködőbb, partneri viszonyra utal, azonban észre kell vennünk, hogy itt is mindössze a kezelés és a mögötte álló klinikai értelmezés keretei között elképzelt együttműködésről van szó. A *concordance* még nem képes ennek a keretnek a meghaladására.

Az érintettek, felhasználók szerepének átalakulása markánsan tetten érhető a különböző emberi jogi, betegjogi mozgalmak előtérbe kerülésében. A hatvanas évek elején egyebek közt a társadalomtudományok oldaláról számos bírálat éri a nagy, totális intézményeken alapuló pszichiátriai ellátórendszert. (Goffmann, 1961), (Foucault, 2004), (Szász, 2002) Ez kezdetben az intézményi viszonyok egyfajta demokratizálódásához, majd a nagy intézmények fokozatos felszámolásához és új ellátórendszer kialakításához vezetett.

A demokratizálódás első jelei a különféle betegönkormányzatok, betegjogi képviselők megjelenései voltak. A hetvenes évekre a szilárd rezsimeket felváltó terápiás közösségek a korábbiaknál jóval laposabb hierarchiával és a betegek egyéni preferenciáinak nagyobb érvényesülé-

sével alakítottak a rendszeren. Ez a demokratizálódási folyamat még a vasfüggönyön is képes volt áthatolni. A hazai pszichiátriai ellátórendszer a hetvenes-nyolcvanas években egy valóságos „pszichoterápiás bumm” keretében sokat változott a korábbi, elképesztően merev intézményi megoldásaihoz képest. (Füredi, 1979, Gerevich, 1983)

Nem érte el azonban hazánkat akkoriban a másik, jelentős, rendszer-szintű változás: az intézménytelenítés. A napjainkban is zajló folyamat részeként a korábban zárt, totális intézmények és elmeegógyintézetek helyét egyre inkább közösségi-alapú ellátási formák veszik át. Ezek az új típusú szolgáltatások azonban nemcsak ágyszám-csökkentést és földrajzi elmozdulást jelentenek, hanem jelentősen átalakították a szakemberek és érintettek viszonyát, azok szolgáltatáson belül értelmezett szerepeit is.

A téma úttörőjének tekinthető a felhasználói mozgalmakra nagy hatást gyakorló amerikai Judy Chamberlain, aki 1978-ban publikált könyvében fogalmazta meg először a felhasználók által kontrollált szolgáltatások igényét. (Chamberlain, 1978)

Elsősorban a közösségi-alapú ellátások keretei között az utóbbi két évtizedben előtérbe kerültek az olyan megoldások, mint a „user involvement” (az érintettek bevonása a kezelésbe), illetve ma már nagy számban találunk „user led” (az érintettek által működtetett) szolgáltatásokat is. (Campbell, 2005), (Gulliver és Towell, 2002)

A „user involvement” nem pusztán az érintettek bevonását jelenti, a saját kezelésükbe, hanem az úgynevezett „peer support worker” (a hazai szóhasználatban tapasztalati szakértő) státusának létrehozásán keresztül, a mentális problémák vonatkozásában saját élménnyel, tapasztalattal rendelkező emberek bevonását is, a segítő teamekbe. (Weinstein, 2009)

A „user led” (felhasználók által működtetett) szolgáltatások először önszegítő és tanácsadó, konzultációs szolgáltatások formájában jelentek meg. A fogyatékossgal élő emberek támogatása terén elterjedt önálló életvitel-központok vagy az anonim alkoholisták csoportjainak mintájára a felhasználói csoportok, önszegítő klubok formájában, illetve tanácsadó szolgáltatások működtetésével jelentek meg az ellátórendszer szolgáltatói oldalán. Míg a kis létszámú önszegítő csoportok rendszerint saját tagjaiknak nyújtottak – igen hatékony – segítséget, addig a különböző konzultációs, és tanácsadási formák már akár nagyobb számú embert elérve olyan módon erősítették a szolgáltatások igénybevevőit, hogy azok felkészítést kaptak arra, hogy a kezelések és más beavatkozások passzív elszenvetői helyett miképpen léphetnek fel vásárlói szerepben, miképpen instruálhatják segítőiket egy megrendelői szerepből a folyamat egésze során kontrollálva az eseményeket. (Campbell, 2005)

A „user led” szolgáltatások következő generációja már közvetlenül szolgáltatói szerepben vesz részt az ellátórendszerben. Olyan, felhasználók által működtetett szolgáltatásokról van szó, amelyek sok esetben a hivatalos ellátórendszer részeként, állami (biztosítói) finanszírozással nyújtanak közösségi alapú szolgáltatásokat az érintetteknek. Ma már a „user led” szolgáltatások palettáján a rehabilitációs folyamat mintegy csúcspontként jelentő, nyílt munkaerőpiacon tevékenykedő szociális vállalkozásoktól, a szakmailag legnagyobb kihívást jelentő, a kórházi ellátáshoz képest alternatívát megfogalmazó krízisintervenciós szolgáltatásokig

mindent megtalálunk. (Isd. például: Chinman, Weingartner, Stayner és tsai, 2001)

Egy 2011-ben publikált tanulmány szerzői áttekintették az 1980 óta angol nyelven publikált kutatási eredményeket, amelyek azt vizsgálták, hogy vajon a felhasználók által működtetett szolgáltatások milyen hatékonysággal működnek a hagyományos elmeegészségügyi szolgáltatásokhoz képest. Összesen 29 kutatás eredményeit megvizsgálva a szerzők arra jutottak, hogy a felhasználók által működtetett szolgáltatások hasonló pozitív eredményekre képesek, mint a szakemberek által működtetett ellátási formák. Ez különösen az olyan területeken értelmezett eredményekre igaz, mint a foglalkoztatási helyzet, a lakhatás feltételeinek javulása, a kórházba való visszakerülés gyakoriságának csökkenése és nem utolsósorban a szolgáltatások költségeinek csökkentése. (Doughty és Tse, 2011)

Hasonló eredményre jutott egy friss, 2013-ban publikált ausztrál kutatás is. Itt a szerzők 11 olyan, randomizált összehasonlító vizsgálat eredményeit tekintették át, amelyek a felhasználók által működtetett szolgáltatások eredményességét próbálták a képzett szakemberek teljesítményéhez mérni, összesen 2796 ember bevonásával. A vizsgálat itt is arra az eredményre jutott, hogy a felhasználók által nyújtott szolgáltatások nem, vagy alig mutatnak eltérést az eredményesség olyan dimenzióiban, mint a kliensek életminőségének növelése, a tünetek visszaszorítása, a kórházba való visszakerülés rátájának csökkenése, a szolgáltatásokkal való elégedettség és együttműködési készség, a programból való kiesési arány. Egyedül a krízis- és vészhelyzetekben nyújtott szolgáltatások esetén találtak a szerzők némi különbséget a professzionális szolgáltatások javára. Megjegyzik a tanulmány szerzői, hogy a hasonló jó eredményeket a felhasználói múlttal bíró szolgáltatók egészen különböző munkastílus mellett érték el. Jellemzően több időt töltöttek a kliensekkel való közvetlen találkozásokkal, és kevesebbet irodai munkával, telefonálással, a kliens környezetével vagy a különböző együttműködő szolgáltatásokkal. (Pitt és mtsai, 2013)

A téma további vizsgálódást igényel az olyan dimenziókban, mint a különböző stílusú szolgáltatások költségei, a felhasználókból és professzionális szakemberekből egyaránt álló csapatok és a tisztán a felhasználók által működtetett szolgáltatások jellegzetességei.

A felépülés modell megjelenése a szakpolitikai koncepciókban

A mentális problémák felépülés orientált megközelítése és annak erősítése számos országban a hivatalos szakpolitikai célkitűzések közé került. Mára ennek a megközelítésnek az alapelvei érhetők tetten az olyan országok mentális jól léte vonatkozó irányelveiben, mint Új-Zéland (Mental Health Commission, 1998), Ausztrália (Australian Government, 2003), Egyesült Államok (Department of Health and Human Services, 2003), Kanada (Rochefort and Goering, 1998), Írország (Mental Health

Commission, 2005), Skócia (Scotland Government, 2006) és Anglia (Department of Health, 2007).

Az idézett szakpolitikai dokumentumok mindegyike explicit módon hivatkozik a felépülés modellre, mint az adott ország mentális jól létét előmozdítani hivatott értelmezési keretre. A jellemzően 5–10–15 éve készített koncepciók az érintett – elsősorban angolszász – országokban mára a gyakorlat részévé váltak. Olyan helyekről van szó, ahol az intézménytelenítés folyamata évtizedekkel korábban lezajlott, a felépülés modell tulajdonképpen egy jól működő közösségi-alapú ellátórendszer talajára hullva, ez utóbbiakhoz képest is előrelépést jelent.

A megvalósítás során a különböző országok szolgáltatásait eltérő módokon befolyásolta a felépülés modell. Az Egyesült Államokban mindenekelőtt a felhasználói mozgalmak hatása volt erős, de viszonylag hamar felfedezte a megközelítésben rejlő lehetőséget a professzionális segítő szakmák közösségi-alapú ellátásokban dolgozó ága. (O'Connel és mtsai, 2005) Kanadába egyértelműen amerikai hatásra jutott el a kezdeményezés, a gyakorlatban leginkább olyan intézkedések bevezetésével, melyek lehetővé tették felhasználók esetenkénti szerepben történő alkalmazását, és felhasználók által működtetett programok finanszírozásával. (Chamberlin, 1990) Később ezeket a programokat további forrásokkal erősítették meg, országszerte lehetőséget nyújtva érintetteknek arra, hogy felépülés orientált szolgáltatásokat vegyenek igénybe. (Berger, 2006)

Új-Zélandon szintén az amerikai hatás volt nagy, azonban itt már meglehetősen kritikával vették át és fejlesztették tovább a megközelítést. Bírálókat érte az amerikai értelmezések klinikai ágát, melyek egyre inkább szakember központúvá váltak és érzéketlenek voltak az eltérő kultúrák és természetes közösségek sajátosságaira, a közösségi forrásokban lévő lehetőségekre. (Gawith és Abrams, 2006) Az általam megkérdezett szakemberek szerint mára éppen ennek az érzékenységnak köszönhetően Új-Zélandon találjuk a modellt leginkább progresszív, átfogó alkalmazását.

Ausztrália mentális egészséggel foglalkozó szakmapolitikai dokumentumai már az 1992-es National Mental Health Strategy elkészítésénél felismerhetően a felépülés modell sajátosságainak figyelembe vételével készültek. Ennek harmadik változata az, amely explicit módon is a szolgáltatás szervezés központjába emelte a felépülés modellt. (Ramon és mtsai, 2007)

A modell gyakorlati alkalmazását a relatív földrajzi közelség miatt leginkább a brit példa alapján érdemes ismertetni.

Nagy-Britanniában a felépülés modell gyakorlati alkalmazása számos szolgáltatás működésében hosszú évek óta tetten érhető. Kutatók, mint a jelen tanulmányban többször idézett King's College munkatársai évek óta dolgoznak a megközelítés szakpolitikai tervezés céljaira irányuló konceptualizálásán, az eddigi eredmények hasznosításán, és elterjesztésén.

Nem utolsósorban ennek a szisztematikus munkának az eredményeként készült el 2007-ben a Department of Health szakpolitikai keretprogramja, amely a felépülés modellt immár konceptuális szinten helyezi előtérbe. 2010 tavaszán ImROC (Implementing Recovery through Organizational Change) néven 29 nagy szolgáltató bevonásával átfogó

pilot projekt indult az NHS Confederation's Mental Health Network és a Centre for Mental Health bevonásával. A projekt célja feltárni és elősegíteni azokat a szükséges szervezeti szintű változásokat, melyek eredményeképpen a jelenleg működő szolgáltatók tevékenysége a felépülés modell szempontjai szerint alakíthatóak át. (Shepherd és mtsai, 2010)

A szerzők a projekt kezdetén foglalták össze azokat a kihívásokat, melyek a szervezetek előtt állnak, amikor a felépülés alapú megközelítés szerint kívánnak a jövőben dolgozni. A kihívások kezelésére tett javaslatok között pedig mélyreható, az egész szférát érintő változásokat célzó törekvéseket találunk:

- A felhasználók és stábtagok közötti mindennapi interakciók megváltoztatása, a saját élmények elismerése.¹

- Átfogó, felhasználók által nyújtott oktatási programok és tréningek bevezetése, a felépülésről szóló oktatási központ létrehozása a felhasználók által működtetett tréning programokkal való együttműködésben.

- Szervezeti szintű elköteleződést kell elérni egy teljesen új szolgáltatói kultúra kialakítására.²

- A választás lehetőségének és a személyesség érzetének növelése. Az intézményeket, szolgáltatásokat finanszírozó struktúrák helyett az érintettek követő személyes költségvetés rendszerének elterjesztése.

- A felelősség és a kockázatok kezelésének megváltoztatása. A hagyományos szolgáltatói keretek között ez egyedül a szolgáltató team feladata, azonban a felépülés modell keretein belül az érintettek saját életükről szóló döntésének joga az ezzel járó felelősség átvállalásával is jár. Egy nyílt és átlátható kockázatkezelésre van szükség, melynek egyaránt részese a stáb és az érintett.

- A felhasználók bevonásának újragondolására van szükség. Ehhez alapjaiban kell átalakítani a szolgáltatások igénybevevőinek és nyújtóinak viszonyát. Az érintettek saját tapasztalatokon alapuló tudása egy partneri együttműködés kereteit hozza létre.

- A szolgáltatói stábok jelentős átalakítására van szükség. A felépülés alapú megközelítés alkalmazásához új szakmai készségekre van szükség, melyek leginkább olyan stábok felállításával sajátíthatóak el, ahol a hagyományos klinikai képzésben részesült szakemberek mellett felhasználók is bevonásra kerülnek a munkába.

- Lehetővé kell tenni egy „betegségen túli élet” kialakítását.³

Összefoglalva tehát láthatjuk, hogy a mentális problémák felépülés-orientált megközelítése jelentős hatást gyakorol napjainkban a korszerű ellátórendszerekre. A megközelítés minden elődjénél sikeresebben volt képes arra, hogy kilépjen a mentális problémák értelmezésének és keze-

¹ „Nem esetek vagyunk, és ti nem vagytok a főnökeink!” – a szolgáltatás egyik igénybevevője (Shepherd és mtsai, 2010. 8.o.)

² „Olyan szolgáltatások működtetésére vállalkoztunk, melyek az egyén belső rugalmasságára és megoldási stratégiáira építenek, és nem olyan beavatkozásokra, amelyek aláássák és elfojtják a remény és a lehetőség belső hajtóerőit” – egy szolgáltató küldetés nyilatkozatából (Shepherd és mtsai, 2010. 11. o.).

³ „Nem vagyok többé egyenlő a betegséggemmel” – a szolgáltatás egyik igénybevevője (Shepherd és mtsai, 2010. 17. o.).

lésének 150 éves, biomedikális modelljén. Fontos észrevenni, hogy a felépülés modell nem megkérdőjelezi azt, hanem objektív és univerzálisan érvényes megközelítés helyett a számos párhuzamosan létező narratíva közül az egyiknek tartja.

A gyakorlatban a modell jelentékeny változásokat indított el az ellátórendszerekben, sokkal komolyabb szerepet nyújtva a mentális problémát átélő érintetteknek és szerveződéseiknek. Ennek következményeként átalakulóban vannak a hagyományos orvos–beteg, segítő–ellátott szerepek, a szolgáltatások nyelvi környezete, illetve az egész szakterület kommunikációs fogalmi és eszközkészlete. Ezek a változások sokkal inkább gyakorlatiak, és kevésbé jelentenek tudományos áttörést. A felépülés modell nem ad új elméleti kereteket a mentális problémák megértéséhez. Nem született áttörés a biológiai, pszichológiai, szociológiai vagy éppen spirituális magyarázatok versengése terén, ugyanakkor a jelenség az érintettek számára érzékelhető kontextusát alakítja át olyan módon, hogy hosszú távon lehetőséget adhat a „bolondság”, „őrültség” jelenségének kulturális, akár antropológiai mélységű átértelmezésére a fejlett posztindusztriális társadalmak keretei között.

Az olvasóban felmerülhet a kérdés, hogy vajon mindez csak a jómódú angolszász országokban érvényes-e. Valóban feltűnő, hogy a modell leginkább angol nyelvterületen elterjedt. Ennek van egyrészt egy egyszerű nyelvi oka. Az azonos nyelvi és hasonló kulturális viszonyok okán egymásra aktívan ható országok szinte természetesen vették át a megközelítést. Kicsit mélyebb összefüggéseket tár fel, hogy az említett országok több-kevésbé azonos fejlettségi szinten állnak, mind gazdasági, mind pedig a társadalmi viszonyokat illetően. Ott, ahol különbségek érzékelhetők – mint például az új-zélandi és amerikai viszonyokban – azonnal meg is jelentek az értelmezések különbözőségei is. Fontos momentum az is, hogy az angolszász országok többsége erősen individualista, liberális berendezkedése kedvezett egy olyan koncepció elterjedésének, amely az egyéni identitás, az én-értelmezés individuális formáit részesíti előnyben.

A felépülés modell alkalmazhatósága Magyarországon

Igazi kérdés, hogy mindez elér, elérhet-e Magyarországra. Hogy van-e a hazai szakmai és társadalmi közegben olyan fogadókészség, ami teret engedhet a felépülés modell jelentette változásoknak.

A nyugat-európai és tengerentúli példákból talán az olvasó számára is egyértelműen kiderült, hogy a felépülés modell megszületésének és elterjedésének egyik előfeltétele volt az érintettek megjelenése a közösgben, és az a lehetőség, hogy egy immár integrált közegben egyre több lehetőséget kaptak saját élményeik megfogalmazására, az általuk átélt probléma interpretálására és azután ennek az interpretációnak az érvényesítésére.

Minderre aligha van lehetőség egy olyan közegben, ahol totális intézményekre épülő rezsimok, vagy nagy elmekórházak és hagyományos pszichiátriai osztályok keretei közé szorul az ellátás. Habár az eltelt

tizenöt évben változó intenzitással, de történt előrelépés a kelet-európai országok ellátórendszerében az intézményi alapú ellátási formák leváltására, a folyamat igen lassú, és tizenöt év távlatából is a legtöbb helyen az mondható el, hogy a források és kapacitások többségét még mindig a kórházi, intézményi infrastruktúra fenntartására fordítják. (Kozma és Petri, 2012)

Ahogy sok más, térségbeli országban, úgy a pszichiátriai ellátórendszerben hazánkban is a biomedikális modell és az azon alapuló intézmény centrikus szolgáltató struktúra túlsúlya érvényesül. Ez a legtöbb helyen egyszerre igaz az egészségügyi és szociális ellátórendszere is. És bár jelentősen csökkentek a kórházi férőhelyek, ezeket sok esetben inkább fiskális szempontok motiválták. A megszűnt férőhelyek hiányának pótlására nem jöttek létre nagy számban közösségi alapú szolgáltatások, nem valósult meg a hagyományos egészségügyi szakszemélyzet és a más szemléletet képviselő szakemberek „találkozása”, az eltérő szakmai kultúrák egymáshoz csiszolódása. Az 1990-es eleje óta Magyarországon inkább annak lehetünk tanúi, hogy évtizedes szakmai hagyományok élnek tovább, két, egymással párhuzamos (jellemzően egy kisebb szociális és egy nagyobb egészségügyi) rendszer keretei között. (ÁSZ, 2012)

A progresszió egyértelmű, hiszen új, közösségi alapú szolgáltatási formák jelentek meg. Nappali intézmények, támogatott lakhatási formák, különböző foglalkoztatási formák, a nálunk közösségi ellátásnak hívott mobil teamek rendszere. Ha azonban közelebbről megnézzük ezek természetét és szabályozását, akkor itt is sok tekintetben az örökségként továbbélő egészségügyi és gondozói szemléletet érhetjük tetten. A tanulmány első részében részletesen tárgyalt kommunikációs formák és uralkodó narratívák tekintetében elmondható, hogy a hazai közösségi alapú ellátási formák gyakorlatilag átvették a medikális megközelítések fogalmi kereteit.

A legtöbb szolgáltatás igénybevételének alapja még mindig az orvosi diagnózis, sőt, az igénybevételhez szakorvosi rendelés, ajánlás szükséges. Hasonló módon állapítják meg a jóléti rendszerekhez való hozzáférést is. A rokkantsági-foglalkoztatási rehabilitációs juttatásokat és lehetőségeket, a jogi cselekvőképesség kérdését, a tartós bentlakást nyújtó intézményben való elhelyezést, a jogi környezet, a szabályozás nyelvét egyértelműen a beteg-betegség paradigma keretein belül fogalmazzák meg. A hazai szakmai szövegkörnyezetben nyomát sem látjuk annak a lassú fogalmi átrendeződésnek, amely teret engedne az egyéni, az uralkodó szakmai narratíváktól esetleg eltérő probléma- és én-értelmezéseknek.

Hasonló módon erős az ún. gondozói szemlélet is. A szociális munka keretei között gondozási központokról, gondozónőkről, gondozási tervekről, gondozási naplóról, családgondozóról beszélünk. Ezek jó része érinti a mentális problémával élő embereket körülvevő, szolgáltatási rendszert is. Azt a rendszert, amely gondozottakként, ellátottakként tartja őket nyilván.

Feltűnő lehet az is, hogy ugyan ma már szinte nincs olyan szolgáltatás, amelyhez ne lenne szükség az érintettek saját anyagi hozzájárulására (térítési díj), mégsem érhetünk tetten egy határozott fogyasztói szemléletet. Döntések születnek az ellátásokról, emberek kérik gondozásba vételüket, találni utalást a jogszabályban az intézkedések foganatosítására is.

Ha a mentális problémával élő embereket körülvevő szolgáltató rendszer nyelvi környezetét vizsgáljuk, akkor továbbra is a kórházi, intézményi alapú ellátásokra jellemző passzív, kiszolgáltatott szerepekben találjuk az érintetteket.

A hazai szabályozás egyelőre nem ismeri sem a felhasználók bevonásával, sem a felhasználók által működtetett szolgáltatások fogalmát: a felhasználói oldal kizárólag kliens szerepben jelenhet meg az ellátórendszerben, a felépülés modellben oly fontos, saját élményen alapuló szakértelem egyelőre nem elfogadott Magyarországon.

De nem pusztán a nyelvi, fogalmi keretek akadályozzák hasonló modellek magyarországi elterjedését. A gyakorlatban az egyéni esetkezelés túlsúlya jellemző. A problémák alapján létrehozott, homogén célcsoportokra osztott szolgáltatások szintén erősítik azt a képet, amelyben a „problémás” érintetteket mintegy leválasztják arról a tágabb rendszerről, amelyben problémáik keletkeznek. Így azonnal elveszítjük azt a kontextust is, amiben a klinikai képhez képest alternatív értelmezések, illetve azok dinamikus, mátrixszerű alakulása nyomon követhető lenne.

Egy másik területen, a sokkal tisztábban társadalomtudományi háttérű statisztikai hivatal (KSH) módszertanában találunk előrelépést a témában. Az uniós adatfelvétel módszertanának egységesítése következtében a legutóbbi időszak egészséggel, egészségi állapottal kapcsolatos KSH adatfelvételei már nem egyértelműen a klasszikus diagnosztikus kategóriákból kiindulva ragadják meg a mentális problémák előfordulását a lakosság körében, hanem a korszerű fogyatékoság fogalom társadalmi dimenzióit is figyelembe veszik, és olyan kérdéscsoportok alapján igyekeznek az érintettek élethelyzetét megragadni, amelyek sokkal inkább alapulnak az egyén öndefinícióján és személyes élményein. (Csanádi, Csizmady, Simon, Tausz, 2013)

Mindezzel együtt a pszichiátriai betegek ellátására létrehozott, hazai ellátórendszer megítélésem szerint a jelenlegi formájában alkalmatlan a felépülés modell szerinti működésmódra. A még mindig erősen ható ápoló-gondozói örökség, a medikális megközelítések fogalmi kereteinek átvétele, azoknak az érintettek életének minden területére való kiterjesztése és a szolgáltatások kreativitását szinte teljesen felszámoló túlszabályozás nem hagy érdemi mozgásteret az új megközelítések befogadására.

Habár szolgáltatásaink zöme földrajzilag a közösség keretei között található, s ez még a hazai kórházi pszichiátriai osztályokra is érvényes, ha közelebbről megnézzük, ezeknek a szolgáltatásoknak nincs érdemi kapcsolódásuk a helyi közösségekhez. Az igénybevétel erősen szűrt, a szolgáltatások közötti, korábban erősen mobilizáló átjárás ellehetetlenítése nehezíti a kapcsolódást a helyi közösségekkel.

Miközben fentebb példák sokaságát hoztam arra, hogy a nemzetközi gyakorlatban immár évtizedes hagyománya van a felhasználói mozgalmak bevonásának a szolgáltatások világába, ez a gyümölcsöző kapcsolódás itthon többszöri próbálkozás ellenére sem tudott létrejönni. Informálisan vannak ugyan vezetett próbálkozások (pl. nappali intézményekben programokat vezető érintettek), az itthon vezérfonálként használt, bénítóan részletes központi szabályozás terén azonban egyelőre elképzelhetetlenek az ilyen megoldások.

A személyes felépülést támogató részvétel és állampolgárság előmozdítása helyett a hazai viszonyok között a közösségben létrejött, ott azonban egyfajta klinikai zárványként működő ellátórendszerről beszélhetünk, annak teljes „szövegkörnyezetével” együtt.

Ahhoz, hogy érdemi változást tudjunk elérni, jelentős szemléletváltásra, a közösségi alapú szolgáltatásaink újradefiniálására van szükség. Ez azonban egy egyértelmű, befogadásra épülő társadalompolitikai irányt feltételez.

Alig pár nappal a cikkem megírása előtt egy nemzetközi pszichiátriai konferencián vettem részt, Jerevánban. A felkért plenáris előadók között volt Prof. Robert Van Voren, a Global Initiative on Psychiatry kezdeményezés igazgatója, szovjetológus. A posztszovjet térség viszonyait évtizedek óta kutató szakember előadásában arra hívta fel a figyelmet, hogy a mentális problémák kezelése terén a kilencvenes évekre jellemző közelítés után ismét táguló szakadék jött létre, Kelet és Nyugat között.

Miközben a nyugat-európai rendszerek lassan teljesen levetkőzik a pszichiátria 19. századi viszonyokra visszavezethető, fegyelmező-büntető jellegét, addig a posztszovjet térségben – Oroszország vezetésével – egyfajta visszarendeződés, konzerválódás figyelhető meg. Megítélése szerint ez szoros összefüggésben áll a térség politikai kultúrájával, az államok és polgárai viszonyával, azon belül pedig a deviánsnak tekintett jelenségek kezelésével. (Voren, 2013)

Nem gondolom, hogy a mai Magyarországra közvetlenül hatnának mondjuk az oroszországi pszichiátria viszonyai, viszont az a hagyomány, örökség, és azok a társadalmi mozgások, amelyek az ottani viszonyokat alakítják, nálunk is jelen vannak. És ezek a mozgások jelen pillanatban nem kedveznek annak, hogy a mentális problémákat a felépülés modell keretei közt értelmezzék, és hogy ennek szellemében alakítsák ki a szolgáltatási struktúrát is.

Irodalom

- Aaltonen, J., Seikkula, J., Lehtinen, K. (2011). The Comprehensive Open-Dialogue Approach in Western Lapland: II. Long-Term stability in acute psychosis outcomes in advanced community care. *Psychosis: Psychological, Social and Integrative Approaches*. 3:3, 179–191
- Anthony, W. A. (1993) Recovery from mental illness: The guiding vision of the mental health service in the 1990's. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 16(4), 11–23.
- Australian Government (2003). Australian Health Ministers National Mental Health Plan 2003–2008. Australian Government: Canberra. (www.mentalhealth.gov.au)
- Állami Számvevőszék (ÁSZ) (2012). Jelentés a pszichiátriai betegellátás átalakításának ellenőrzéséről, 2012
- Berger, J. L. (2006). Incorporation of the tidal model into the interdisciplinary plan of care – a program quality improvement project. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*. 13, pp.464–467.
- Braiterman, K. (2012) Peer Support in CMHC's is an Oxymoron, *Peer Support Pioneer Says*. Mad in America <http://www.madinamerica.com/2012/07/peer-support-in-cmhcs-is-an-oxymoron-peer-support-pioneer-says/> (utolsó letöltés időpontja: 2013. június 9.)

- Braslow, J.T. (2013). The manufacture of Recovery. *Annual review of clinical psychology*. 2013;9:781–809.
- Campbell, P. (2005). From Little Acorns – The mental health service user movement in: The Sainsbury Centre for Mental Health: Beyond the Water Towers – The unfinished revolution in mental health services 1985–2005, London, 2005
- Chamberlain, J. (1978). *On Our Own: Patient Controlled Alternatives to the Mental Health System*, Haworth Press, 1978
- Chamberlain, J. (1990). "The ex-patients" movement: Where we've been and where we're going', *Journal of Mind and Behaviour*, 12, (13), pp. 45–52.
- Chinman, M. J., Weingartner, R., Stayner, D., et al. (2001) Chronicity reconsidered: improving person-environment fit through a consumer-run service. *Community Mental Health Journal*, 37, 215–229.
- Cook, J. A., Jonikas, J. A. (1996). Outcomes of psychiatric rehabilitation service delivery. *New Directions in Mental Health Services*, 71, 33–47.
- Csanádi, G., Csizmady, A., Simon, D., Tausz, K. (2013) A fogyatékos emberek helyzete az Európai Lakossági Egészségfelmérés (ELEF) alapján. Megjelenés alatt
- Deegan, P. E. (1988). Recovery: The lived experience of rehabilitation. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 11, 11–19.
- Department of Health (2007a). Commissioning framework for health and well-being. Department of Health: London. (www.dh.gov.uk/en/index.htm)
- Department of Health and Human Services (2003) *Achieving the Promise: Transforming Mental Health Care in America*. President's New Freedom Commission on Mental Health, pub no. SMA-03–3832. Department of Health and Human Services: rockville, Maryland, USA
- Doughty, C., Tse, S. (2011) Can consumer-led mental health services be equally effective? An integrative review of CLMH service in high-income countries. *Community Mental Health Journal* 2011 Jun; 47(3):252–66.
- Foucault, M. (2004). *A bolondság története*. Atlantisz, 2004
- Fraser, S. (2010). Concordance, compliance, preference or adherence Patient Preference and Adherence 2010;4 95–96.
- Füredi, J. (1979). *Terápiás közösség kialakítása és szociálpszichiátriai vizsgálata*. Budapest. Akadémiai Kiadó, 1979
- Gawith, L & Abrams, P. (2006). Long journey to recovery for Kiwi consumers: recent developments in mental health policy and practice in New Zealand. *Australian Psychologist*, 41 (2), pp. 140–148.
- Gerevich, J. (1983). *Terápiák társadalma, társadalmak terápiája*. Budapest. Gondolat
- Goetz, CG. (2006). Charcot in Contemporary Literature. *Journal of the history of neurosciences*. 2006 Mar; 15(1):22–30.
- Goffmann, E. (1961) *Asylums: essays on the social situation of mental patients and other inmates*. Anchor Books
- Gulliver, P., Towell, D. (2002). Information, consultation or control. User involvement in mental health service in England at the turn of the century. *Journal of Mental Health*, 11, 441–451.
- Jenkins, J.H. (2007). Anthropology and psychiatry: the contemporary convergence in: *Textbook of Cultural Psychiatry*. Dinesh Bhugra, Kamaldeep Bhui (eds). Cambridge University Press, 2007
- Kozma, Á., Petri, G., (2012) A kirekesztés térképe. Európai áttekintő vizsgálat a pszichiátriai intézményi és közösségi ellátásokról. *Mental Health Europe*. Brüsszel. 2012
- Leamy, M., Bird, V., Le Boutillier, C., Willimas, J., Slade, M., (2011). Conceptual framework for personal recovery in mental health: systematic review and narrative synthesis *British Journal of Psychiatry* 2011, 199:445–452.
- Leete, E. (1989). How I perceive and manage my illness. *Schizophrenia Bulletin*, 8, 605–609.

- Mental Health Commission. (1998). Blueprint for mental health services in New Zealand. Mental Health Commission: Wellington NZ.
- Mental Health Commission (2005). A vision for a recovery model in Irish mental health services. Mental Health Commission: Dublin
- O'Connell, M., Tondora, J., Croog, G., Evans, A. & Davidson, L. (2005). From rhetoric to routine: Assessing perceptions of recovery-oriented practices in a state mental health system and addiction system. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 28 (4), pp. 378–386.
- Onken SJ, Craig CM, Ridgway P, Ralph RO, Cook JA. (2007) An analysis of the definitions and elements of recovery: a review of the literature. *Psychiatr Rehabil J* 2007; 31: 9–22.
- Pitt V, Lowe D, Hill S, Prictor M, Hetrick SE, Ryan R, Berends L. Consumer-providers of care for adult clients of statutory mental health services. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2013, Issue 3. Art. No.: CD004807. DOI: 10.1002/14651858.CD004807. pub2.
- Ramon, S., Healy, B. & Renouf, N. (2007). Recovery from mental illness as an emergence concept and practice in Australia and the UK. *International Journal of Social Psychiatry*, 53 (2), pp. 108–122.
- Rocheft, D.A., Goering, P. (1998). "More a Link than a Division": How Canada had learned from U.S. mental health policy, *Health Affairs*, 17 (5), pp. 110–127.
- Scotland Government (2006) Rights, Relationships and Recovery: The Report of the National Review of Mental Health Nursing in Scotland. (www.scotland.gov.uk/publications/2006/04/18164814/0)
- Shepherd, G., Boardman, J. Burns, M. (2010). Implementing recovery: a methodology for organisational change. Centre for Mental Health. Available at: www.centreformentalhealth.org.uk/pdfs/Implementing_recovery_methodology.pdf
- Slade, M. (2009). Personal Recovery and Mental Illness: A Guide for Mental Health Professionals (Values-Based Practice) Cambridge University Press, 2009
- Szász, T. (2002). Az elmebetegség mítosza. Budapest. Akadémiai Kiadó, 2002
- Voren, R.v. (2013). Psychiatry as a tool for coercion in post-soviet countries. Konferencia előadás 2013. Augusztus 30. Jereván, Örményország
- Weinstein, J. (2009). Mental Health, Service User Involvement and Recovery, Jessica Kingsley Publishers, 2009
- Wilken, J-P. (2010). Recovering Care. A contribution to a theory and practice of good care. SWP Publisher. 2010
- Wilken, J-P. (2012). Az ellátórendszer átalakítása Nyugat-Európában. Átmenet az intézményi alapú klinikai ellátásoktól a felépülés-orientált megközelítésekbe. *Esély* 2012/3